

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 77

SYPHILIS ET TRAUMATISME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 décembre 1929

PAR

Jean-Hugues-Ludovic-Antoine CAREL

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MOIRAC (Lot-et-Garonne), le 17 septembre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur	<i>Juges.</i>
		MURATET, agrégé	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 77

SYPHILIS ET TRAUMATISME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 décembre 1929

PAR

Jean-Hugues-Ludovic-Antoine CAREL

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MOIRAC (Lot-et-Garonne), le 17 septembre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur	<i>Juges.</i>
		MURATET, agrégé	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale.	Zoologie et parasitologie.
id.	Médecine expérimentale.
Clinique chirurgicale.	Clinique ophtalmologique.
id.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.
Pathologie et thérapeutiques générales.	Clinique gynécologique.
Clinique d'accouchements.	Clinique méd. des maladies des enfants.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	Chimie biologique et médicale.
Anatomie.	Physique médicale et pharmaceutique.
Anatomie générale et histologie.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.
Physiologie.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.
Hygiène.	Clinique des maladies des voies urinaires.
Médecine légale et déontologie.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.
Chimie.	Toxicologie et hygiène appliquée.
Potanique et matière médicale.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.
Pharmacie.	

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie.	Chirurgie générale.
Histologie.	id.
Anatomie pathologique.	id.
Parasitologie et sciences naturelles.	id.
Médecine générale.	Obstétrique.
id.	id.
id.	Ophtalmologie.
id.	Dermatologie et syphiligraphie.
Maladies mentales.	Pharmacie.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire.	Puériculture.
Médecine opératoire.	Démonstrations et préparations pharmac.
Accouchements.	Pharmacie chimique.
Ophtalmologie.	Zoologie et parasitologie.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle. GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MON FRERE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOULIA

*Chargé de cours de Dermatologie et Syphiligraphie
à la Faculté de médecine de Bordeaux.*

En remerciement des directives précieuses qu'il nous a données pour l'élaboration de ce travail.

Hommage de vive gratitude et de respectueux attachement.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,*

Commandeur de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Officier d'Académie.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES

*Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

En reconnaissance de la sollicitude qu'il
a eue pour nous et de l'honneur qu'il nous
a fait en acceptant de présider notre
thèse.

SYPHILIS ET TRAUMATISME

INTRODUCTION

Les relations de la syphilis avec les traumatismes sont actuellement fort discutées. Elles sont admises par un certain nombre d'auteurs et niées par d'autres. Parmi toutes les observations publiées jusqu'à ce jour sur les manifestations spécifiques consécutives à un traumatisme, quelques-unes semblent démonstratives; elles paraissent bien démontrer cette relation de causalité, les autres sont plus discutables et méritent une critique sérieuse.

Il nous a semblé intéressant de prendre comme sujet de notre thèse inaugurale l'étude de cette question pour tâcher, dans la mesure du possible, de la mettre au point. Nous étudierons successivement les cas dans lesquels la syphilis a pu être inoculée à la faveur d'un traumatisme et ceux plus intéressants, car plus sujets à la critique, de syphilis en activité ou latente « réactivée par un traumatisme ». Par traumatisme nous entendrons : toute lésion déterminée par l'action unique ou répétée, éphémère ou durable, d'un agent extérieur, celui-ci déterminant une altération des tissus. Les causes extérieures agissantes peuvent être : mécaniques, physiques, chimiques, etc. La question nous a paru intéressante à étudier car les observations de lésions syphilitiques réveillées par les traumatismes étaient rares autrefois et sont devenues beaucoup plus nom-

breuses à la suite de la guerre. En outre, la législation sur les accidents du travail a permis de mieux connaître ces lésions en raison de l'examen plus minutieux des malades souvent enclins à des réclamations auprès des compagnies d'assurances.

Donc l'objet de notre thèse sera double : étude clinique, étude médico-légale.

Notre intention n'est pas de rapporter dans ce travail toutes les observations de syphilis traumatique, qui ont été publiées; bien qu'elles ne soient pas très nombreuses nous avons opéré une sélection, en éliminant toutes celles qui ne paraissaient pas caractéristiques et en ne conservant parmi les autres que certaines qui ont paru des plus typiques.

HISTORIQUE

Dès l'apparition de la syphilis, au xvi^e siècle, les médecins se préoccupèrent de son influence sur les lésions traumatiques. Le premier, en 1550, Amatus Lusinatus, fit un traitement au gaïac à un soldat soupçonné de syphilis avant de l'opérer. En 1697, Saviard prend la même précaution vis-à-vis d'un malade qu'il opérât de fistule anale. Au xix^e siècle, de nombreux auteurs reconnurent l'influence de l'infection spécifique sur le traumatisme, tels Delpech en 1823, Cazenave en 1843, Ricord en 1851, puis Jobert, Virchow, et surtout Verneuil et ses élèves en 1863. Au moment du siège de Paris, en 1870, Fournier met cette question à l'ordre du jour; et bien que considérant la syphilis traumatique comme rare il en publie des observations probantes. En 1875 paraît la thèse de L.-H. Petit, élève de Verneuil, dans laquelle on trouve des syphilides provoqués par un vésicatoire, par des brûlures, ou survenant sur des cicatrices antérieures à l'infection. La loi sur les accidents du travail de 1898 vient donner à la question un intérêt nouveau sur lequel Milian a insisté en 1908.

Toutes les observations publiées de 1875 à 1905 n'ont ajouté aucune connaissance nouvelle à la syphilis traumatique. Il faut, en 1905, la découverte de l'agent causal; le tréponéma pallidum de Schaüdin et celle de la réaction de Bordet-Wassermann en 1907, pour permettre d'étudier plus scientifiquement la relation de cause à effet entre l'infection spécifique et le traumatisme. La radiographie nous donne à son tour un mode d'investigation plus approfondi en ce qui concerne les lésions spécifiques osseuses. L'expérience récente de la guerre

1914-1918 nous a montré que la syphilis traumatique n'était pas une exception. Gougerot, Clara, Aug. Broca, Cl. Simon ont étudié les rapports de la syphilis avec les blessures de guerre. Garrido Lestache, Pasini, Goubeau ont publié des observations de lésions nettement spécifiques consécutives à un traumatisme chirurgical ou accidentel ou à des infections intramusculaires au cours d'un traitement. Klauder, Lenztmann, Lacapère, Laurent, Railliet, José May, Halbron et Barthélemy ont invoqué l'influence d'un traumatisme comme susceptible de réveiller une syphilis latente, d'aggraver un tabes, de déclencher une paralysie générale progressive, d'être la cause de lésions d'aortite ou d'anévrisme de la crosse de l'aorte. Les travaux parus sur le sujet sont donc surtout nombreux depuis 1919. Il convient de mentionner les thèses (Paris) très intéressantes de Mme Madeleine July en 1925 et d'Eliet en 1926. Un des mémoires les plus importants est celui de R. Barthélemy, publié en 1929, et auquel nous avons fait de larges emprunts.

PLAN

Nous diviserons notre travail de la manière suivante :

ETUDE CLINIQUE :

- I. — *Syphilis consécutive à un traumatisme ;*
- II. — *Syphilis secondaire modifiée ou réactivée par un traumatisme ;*
- III. — *Syphilis latente et traumatisme. Syphilis tertiaire :*
 - 1° Lésions de la peau et tissu cellulaire sous-cutané ;
des muqueuses ;
 - 2° Syphilis musculaire ;
 - 3° Syphilis des os et des articulations ;
 - 4° Syphilis viscérale :
 - Appareil génital de l'homme ;
 - Appareil circulatoire ;
 - Appareil pulmonaire ;
 - Système nerveux.
 - 5° Syphilis héréditaire ;
- IV. — *Syphilis postérieure au traumatisme.*

PATHOGÉNIE.

DIAGNOSTIC.

TRAITEMENT.

ETUDE MÉDICO-LÉGALE.

CONCLUSIONS.

ETUDE CLINIQUE

I. — Traumatisme servant de porte d'entrée au tréponème. Syphilis accidentelle ou professionnelle.

En dehors des traumatismes accompagnant l'acte vénérien, il est rare que les plaies, contusions, etc., puissent servir primitivement de porte d'entrée à la syphilis. Cependant, dit Barthélemy (Clinique et laboratoire, août 1929), il paraît vraisemblable « qu'un menuisier puisse s'infecter en se blessant avec un clou qu'un de ses camarades tenait quelques minutes auparavant dans sa bouche fleurie de plaques muqueuses.

M. le Docteur Joulia rapporte le cas d'un homme qui contracta la syphilis à la suite d'une morsure.

OBSERVATION I (Inédite.)

(M. le Docteur JOULIA.)

Il s'agit d'un homme venu à la consultation de la clinique dermatologique, en 1913, pour un chancre syphilitique de la narine. A la suite d'une dispute, il fut mordu par son frère, syphilitique récent, porteur de plaques muqueuses de la bouche. Un mois et demi après, il présentait un chancre typique de la narine gauche, dont la sérosité contenait de nombreux tréponèmes.

Les faits de cet ordre sont rares, et bien plus souvent il s'agit de lésions qui ont été infectées secondairement par le tréponème. Barthélemy (loc. cit.) rapporte les deux cas suivants :

Un ouvrier de Stolper déclare comme accident du travail

une plaie du doigt devenue chancre syphilitique à la suite de manœuvres digitales de l'ouvrier sur une femme contagieuse. »

« Un cavalier de Lenzmann tombe de cheval et se fait au front une plaie sur laquelle se développe un chancre typique. On découvre que le coupable n'est pas le sol du manège, mais l'impur baiser d'une amie. »

Burnier (*Bull. Soc. franç. dermat. et syph.*, Paris, 1919) relate le fait suivant :

OBSERVATION II (Résumée).

Il s'agit d'un homme de 36 ans, chauffeur, qui, dans la nuit du 20 au 21 juin 1919, se brûla au niveau de l'avant-bras gauche. Il reprit son service le 25 juillet, la plaie n'étant pas complètement épidermée. Le 7 septembre il présentait un chancre syphilitique géant de l'avant-bras. La recherche du mode de contamination montra que celle-ci avait dû s'opérer par les chiffons et objets manipulés tour à tour par le chauffeur et le mécanicien, qui était porteur de plaques muqueuses. La brûlure du chauffeur, qui n'était pas complètement épidermée, a été la porte d'entrée des tréponèmes.

OBSERVATION III (Résumée).

(MM. PETGES, LE COULANT et DELAS, Soc. de méd. et chirurg. de Bordeaux, sept. 1929.)

D... (René), 42 ans, docker, se présente à la consultation de la clinique dermatologique, le 28 juin 1929, pour une lésion ulcéreuse dont il est porteur depuis une vingtaine de jours, et siégeant sur la phalangette du médius gauche. Le diagnostic de chancre syphilitique est porté. L'origine de l'infection échappe complètement, et l'hypothèse d'un accident du travail n'est pas à envisager d'après les renseignements reçus.

De telles lésions ne constituent que des curiosités au point de vue clinique. Elles n'offrent surtout de l'intérêt qu'au point de vue médico-légal qu'elles peuvent soulever,

II. — Syphilis secondaire modifiée ou réactivée par le traumatisme.

Dans certains cas assez rares l'influence des agents extérieurs est susceptible de mettre en évidence des lésions latentes ou d'accentuer des syphilides jusque-là discrètes. L'application de ventouses chez un malade de Milian a fait apparaître des lésions beaucoup plus nombreuses au niveau des points congestionnés.

OBSERVATION IV (Résumée).

(MILIAN et PÉRIN, *Soc. dermat.*, 20 mai 1926.)

Homme de 68 ans, présentant une éruption secondaire généralisée. Atteint de bronchite, il se fit appliquer sur le dos quelques ventouses. Plusieurs jours après, « sur l'emplacement de chaque ventouse, une éruption papuleuse était sortie avec une intensité formidable, montrant ainsi l'importance d'un traumatisme dans la genèse de cette manifestation ».

L'occlusion serrée par un pansement (Tommasi), une récente vaccination antivariolique (Milian-Eliet), une brûlure par coup de soleil (Tommasi), ont été également la cause d'une éruption plus profuse sur les régions irritées.

Giacardy et Lodéon rapportent le cas d'un homme chez lequel des traumatismes répétés, mais de faible intensité, ont eu une influence considérable et indiscutable sur la production de lésions syphilitiques.

OBSERVATION V (Résumée).

(GIACARDY et LODÉON, *Bull. de la Soc. dermat. et syph.*,
Paris, 1926, n° 6, p. 431.)

G..., âgé de 25 ans, parti pour faire le tour du monde à pied, entre, le 25 mars 1926, dans le service de dermatologie et syphiligraphie de l'Hôpital de Tarbes, pour une plaie indolente de la

face dorsale du 3^e orteil droit, ayant tendance à s'étendre. A l'examen, on constate une syndactylie des 2^e et 3^e orteils droits. On note des lésions occupant, en un cercle discontinu, la face dorsale du 3^e orteil, la pulpe du 4^e, la partie postérieure du 4^e espace interdigital. Les bords de la lésion sont nets, adhérents, surélevés, de consistance ferme. Le fond est irrégulier, vermoulu, rouge foncé, peu suintant. La base est infiltrée. Pas d'accès au squelette.

Pas d'adénopathie inguino-crurale. D'autre part on, constate que le malade présente des accidents muqueux, de nature manifestement syphilitique. Un traitement spécifique au novarsénobenzol intraveineux fait cicatriser les lésions en quinze jours. Le malade sort de l'hôpital le 29 avril 1926.

En ce qui concerne l'apparition de lésions secondaires, particulièrement profuses au niveau des régions traumatisées, on peut comparer le phénomène à ce qui s'observe dans un certain nombre d'autres affections cutanées telles que : le lichen plan,, le psoriasis, affections d'origine indéterminée et qui se comportent de la même façon. Ne voit-on pas des éléments nouveaux de psoriasis ou de lichen plan survenir sur des régions traumatisées, affectant par exemple une disposition linéaire, le long d'une petite blessure, déterminée par une épingle.

Les lésions secondaires de la syphilis ont été observées avec le plus de fréquence sur la muqueuse de la face interne des joues et des lèvres, surtout chez les hommes. Les causes de cette localisation élective sont les petits traumatismes légers, mais répétés, que fait subir à cette muqueuse l'abus de l'alcool et du tabac. On a remarqué, en effet, que le tuyau de la pipe imprimait souvent son empreinte sur ces plaques opalines, saillantes, et favorisait leur développement. L'état de la denture joue aussi un rôle important dans la pathogénie de ces lésions : on a constaté que les plaques de leucoplasie apparaissent surtout au niveau d'une dent cariée ou présentant une aspérité qui traumatise continuellement la muqueuse.

Chez les verriers, qui, 6 ou 700 fois par jour, soufflent dans

leurs cannes, Guinaud estime que les lésions ont pour cause la compression répétée de l'air portée à son summum sur les parties internes latérales des joues.

Les lésions secondaires de la langue, ou plaques muqueuses, se localisent avec prédilection au point où s'exerce une irritation continue par une dent en mauvais état.

Dans quelques cas, le traumatisme est susceptible de déterminer des lésions du côté du squelette.

OBSERVATION VI (Résumée).

(Pasini, in BARTHELEMY, *Arch. dermato-syphiligr. de l'Hôpital Saint-Louis*, Juillet 1929.)

C..., âgé de 27 ans, contracte la syphilis en novembre 1919 et présente des accidents secondaires. Pendant une course, il fait une chute grave sur la glace. La tête est traumatisée surtout au niveau de la bosse frontale gauche, mais sans plaie des téguments. Il n'existe qu'une ecchymose avec tuméfaction locale importante, intéressant la peau et le périoste. Cette tuméfaction s'accroît de plus en plus et, dix jours plus tard, la peau rougit et devient adhérente. Le périoste participe à ce processus. La tuméfaction se ramollit. Le traitement spécifique amène la guérison complète de la lésion en un mois environ.

En résumé, on voit survenir, chez un syphilitique en période secondaire, une ostéo-périostite spécifique sur le siège d'une contusion importante.

III. — Traumatisme et syphilis latente. Syphilis tertiaire.

Il semble que le traumatisme soit susceptible de réveiller des colonies de tréponèmes restées latentes en un point quelconque de l'organisme.

1° PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

C'est au niveau de la peau que les lésions de ce genre ont

été surtout remarquées. Barthelemy rapporte que Cazenavé avait observé des syphilides ulcéreuses après application de vésicatoires; T. Barthelemy des syphilides tuberculeuses après brûlure par une bouillotte; Leloir des lésions tuberculo-croûteuses, après un coup de pied de cheval, sans plaie.

Il s'agit parfois d'un traumatisme unique.

OBSERVATION VII (Résumée).

(GASTON et FUCHS, *Bull. de la Soc. de dermat. et syphil.*,
séance du 11 décembre 1924.)

Il s'agit d'une femme qui, en mars 1920, fit une chute sur la cuisse droite avec blessure superficielle qui s'infecta, mais qui guérit rapidement.

Deux mois environ après la cicatrisation et à son niveau, survient une éruption d'abord papuleuse, puis ulcéro-croûteuse, se groupant en cercles progressivement excentriques et serpigineux. Quelques temps après, les mêmes éléments apparaissaient sur la région abdominale, puis sur la face. Tandis que les lésions de la cuisse et de l'abdomen guérissaient sans traitement spécial, les lésions de la face continuaient à évoluer, et, en 1924, présentaient les caractères suivants :

Syphilide tertiaire avec bordure périphérique ulcéro-croûteuse circonscrite à tendances serpigineuses;

Nombreux points cicatrisés de guérison, autour du nez, sur les joues et le front;

Nez déformé, renflé à son extrémité, couvert d'une croûte jaune brunâtre.

Réactions de B.-W et Hecht : Fortement positives.

Floculation (Vernes) : 21.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(GOUGEROT et CLARA, *Journ. médical franç.*, 1918.)

Soldat de la classe 1909 blessé le 26 décembre 1917 à la jambe en tombant d'une échelle. La peau est « entamée », contuse et

s'ulcère. Le 12 janvier 1918, on voit deux larges ulcérations circonscrites à fond bourgeonnant sur la face antéro-externe de la jambe gauche. Le traitement arsenical et mercuriel amène la guérison en trente-trois jours.

Gougerot et Clara ne font pas mention de la syphilis dans les antécédents de leur malade.

OBSERVATION IX (Résumée).

(GOUGEROT et CLARA, *loc. cit.*)

Soldat blessé par balle, le 24 octobre 1914, au tiers inférieur de la jambe gauche. Syphilis méconnue. Le malade traîne d'hôpital en hôpital. Le 4 mai 1916, on l'opère. La plaie opératoire s'infecte. On la traite par des pansements humides et des antiseptiques, sans résultat. Ulcération large de la jambe, atone. En septembre 1916, on essaie le traitement spécifique : mercure et iodure. En dix-huit jours la lésion est cicatrisée.

OBSERVATION X (Résumée; inédite).

(MM. JOULIA et LE COULANT.)

P..., âgé de 63 ans, a été blessé, le 20 juin 1928, à la jambe gauche, par une pierre de taille, qui a provoqué une plaie contuse. Quelques jours plus tard, il se forme une véritable ulcération, qui grandit progressivement et nécessite son admission à l'Hôpital du Tondu le 14 septembre 1928. A l'examen, on constate une ulcération « en fer de lance », siégeant à la face postéro-interne de la jambe, de coloration rouge vif. Les bords, légèrement surélevés, sont taillés à l'emporte-pièce, mais non décollés. Leur pourtour affecte une forme géométrique et polycyclique; à certains endroits, arcs de cercle très nets. Le fond est bourgeonnant, suintant. A la palpation, non douloureuse, la consistance est molle. Polyadénopathie inguinale notable. B.-W., + + + +. Pas de syphilis avouée.

Le 28 septembre, l'ulcération est en voie de cicatrisation après 3 injections de novarsénobenzol : 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45. Le malade sort guéri le 28 octobre 1928.

Parfois, on voit évoluer une gomme profonde sous-cutanée, ulcérant secondairement la peau et donnant un ulcère gommeux typique rempli de son bourbillon.

OBSERVATION XI.

(GUGEROT et CLARA, *loc. cit.*)

Soldat contusionné par un éclat de grenade le 15 septembre 1917 sans que la peau fût entamée. Il eut une énorme gomme sous-cutanée du genou, qui se développa immédiatement après le trauma et évolua rapidement. Le 24 octobre 1917, on voit à la face interne du genou une gomme typique sous-cutanée profonde, donnant une ulcération ovalaire de 80 sur 60 millimètres environ et remplie d'un énorme bourbillon. Mis aussitôt au traitement mercuriel, arsenical, ioduré, la guérison fut lente en raison de la grande perte de substance et demanda soixante-trois jours. La séro-réaction était négative.

Il faut incriminer dans la production des lésions syphilitiques les petits traumatismes professionnels.

Ils peuvent donner :

Des syphilides papulo-squameuses de la main chez un opérateur de télégraphe Morse (Crépin);

Des gommès du genou, chez des laveuses de plancher (José May);

Des syphilides tuberculeuses palmaires chez un cordonnier maniant l'alène (Halbron et Barthelemy).

De petits chocs répétés, non professionnels, peuvent donner lieu à de curieuses manifestations spécifiques.

Lacapère et Laurent, frappés de la fréquence des gommès du front chez les musulmans, ont cherché la raison de cette localisation. Ils l'ont expliquée par l'influence du frottement répété plusieurs fois par jour, au moment de la prière, sur les dalles des mosquées.

Les traumatismes chirurgicaux peuvent, eux aussi, réveiller des foyers de tréponèmes jusqu'alors latents.

OBSERVATION XII (Inédite).

(M. le Docteur JOULIA.)

Il s'agit d'un homme de 28 ans, horloger, traité en 1916 au dispensaire, pour des accidents secondaires (condylomes plats de l'anus), par des pilules de Ricord et 3 injections intraveineuses de novarsénobenzol de 0 gr. 60 chacune. Il reste sans traitement depuis cette date. Il revient, le 24 mai 1927, adressé par le service d'ophtalmologie. Le 2 février 1927, a été hospitalisé pour phlegmon du sac lacrymal gauche. Le sac fut incisé et drainé par une mèche iodoformée. Quelques jours plus tard l'amélioration locale se produisit, mais il restait des fongosités dont l'aspect fit penser à la tuberculose. Une seconde intervention sur le sac fut faite au thermocautère. La guérison complète survint. Un mois et demi plus tard, le malade revint avec des lésions de la racine du nez et de l'angle interne de l'œil gauche. Adressé au dispensaire le 4 mai 1927, le malade présente au niveau de la racine du nez et de l'angle interne de l'œil gauche des lésions rouges, cuivrées, infiltrées, à bords surélevés, circonscrits, croûteux, dont le centre (angle interne de l'œil) est déjà en voie de cicatrisation. B.-W., + + + +.

Il s'agit de syphilides tertiaires typiques qui encerclent la cicatrice opératoire à environ 1 centimètre d'elle. Traitées par le novarsénobenzol intraveineux les lésions syphilitiques sont affaissées après la cinquième injection de 0 gr. 60.

OBSERVATION XIII.

(MM. JOULIA, DAVID-CHAUSSE et LE COULANT, *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, Extrait*, 28 oct. 1928.)

Mme G... (Esther), âgée de 34 ans, est envoyée à l'Hôpital du Tondu, le 10 septembre 1928, pour des lésions ulcéreuses de la joue droite. Il y a six mois, elle a été opérée d'une dacryocystite droite. La cicatrisation opératoire semble avoir été normale, malgré une tendance à la chéloïde. Peu de temps après apparurent au voisinage de la cicatrice des nodules gommeux qui s'ulcérèrent et gagnè-

rent de proche en proche la joue jusqu'au voisinage du sillon nasogénien.

Mme G... est mariée depuis quinze ans. Elle a eu 5 grossesses, dont 2 terminées à terme, et 3 avortements.

A l'examen, le 10 septembre 1928, on constate, au-dessous de la cicatrice opératoire, que la joue droite est le siège d'une ulcération gommeuse à bords un peu décollés, disposés en arcs de cercle, à fond jaunâtre, purulent. Le diagnostic de syphilis ulcéro-gommeuse est évident. Les ganglions de la chaîne carotidienne et de la région maxillaire sont augmentés de volume, durs, mobiles. La réaction de B.-W. est positif : ni sucre, ni albumine dans les urines. La malade est soumise à un traitement par des injections intraveineuses de novarsénobenzol. Après avoir reçu 5 piqûres, aux doses de 0 g. 15, 0 g. 30, 0 g. 45, 0 g. 60, 0 g. 75, la malade quitte le service le 29 septembre, les lésions étant complètement cicatrisées.

2° SYPHILIS MUSCULAIRE TRAUMATIQUE.

Les lésions sont plus rares. Gougerot et Clara en rapportent un cas démonstratif.

OBSERVATION XIV.

(GOUGEROT et CLARA, *loc. cit.*)

M..., blessé le 22 mars 1915 par un éclat de 210 au mollet.

Le 20 septembre 1915, on extrait l'éclat parce que, dit le blessé, « il s'était produit en dix jours » un abcès phlegmoneux à ce niveau. La plaie se cicatrisa en six semaines, mais se rouvrit en décembre 1915, et depuis lors persista et se creusa. Le 19 avril 1916, on voit le malade : au milieu de la cicatrice verticale d'incision chirurgicale, on note une ulcération gommeuse typique de 35 millimètres, remplie de bourbillon provenant des muscles sous-jacents. La séro-réaction était négative. Le traitement spécifique amena la guérison en un mois.

LANGUE. — L'abus de l'alcool et du tabac, de même que le mauvais état de la denture, doivent être incriminés dans la pro-

duction de lésions tertiaires de la langue : glossite scléreuse et glossite gommeuse.

¶ Si la cause d'irritation continue à agir, on voit ces lésions évoluer vers l'épithélioma. On sait, en effet, que l'épithélioma de la langue est fréquent, surtout chez les sujets syphilitiques.

LARYNX. — Le syphilome du larynx, plus connu depuis l'emploi du laryngoscope, peut reconnaître comme facteur étiologique un abus professionnel de la fonction vocale.

L. Jullien (*Traité prat. mal. vén.*, 1886, p. 839) rapporte le cas d'un malade qui fut trachéotomisé en 1876 par Letievant (de Lyon). Depuis trois ans qu'il avait contracté la syphilis, ce jeune homme qui, vu son état, parcourait chaque jour les rues en faisant entendre le cri traditionnel des chiffonniers lyonnais, n'avait cessé de souffrir du côté du larynx. Il présentait, moins d'un an après l'infection, un enrouement et même une aphonie dont le traitement le mieux entendu ne pouvait avoir raison que passagèrement. Un jour, la raucité augmenta et des accidents d'asphyxie se manifestèrent.

3° SYPHILIS TRAUMATIQUE DES OS ET DES ARTICULATIONS.

a) Os.

Le diagnostic des lésions osseuses post-traumatiques est facilité par la radiographie. Il est donc intéressant de rappeler ici, les caractères radiologiques d'une gomme osseuse et d'une ostéo-périostite syphilitiques.

La gomme osseuse donne une image dans laquelle on distingue :

1 Une tache claire centrale correspondant à la raréfaction;

2° Un cadre sombre périphérique d'ostéite condensante.

La périostite montre une sorte de soufflure de l'os avec une tache claire centrale et un fin liseré d'une ou plusieurs bandes noires parallèles, traduisant le feuilleté régulier de la coque périostique. R. Barthelemy (*Bull. soc. dermat. et syph.*,

1926, n° 6) rapporte une observation qui montre combien la méconnaissance des caractères radiographiques de la syphilis osseuse peut être préjudiciable au malade.

OBSERVATION XV.

(R. BARTHELEMY (*loc. cit.*))

X..., homme d'équipe dans une gare de province, est victime, le 21 août 1925, à 16 h., 30, d'un accident du travail dans les conditions suivantes : en bachant un wagon, la corde qu'il serrait ayant cassé, il est tombé sur le poignet gauche. Il n'a pu préciser si le traumatisme n'avait pas intéressé son avant-bras. Le médecin du réseau qui l'a vu le lendemain, a porté le diagnostic suivant : « foulure du poignet, ténosité ». Il a prévu quelques jours d'arrêt du travail et des suites bénignes. Effectivement, l'état du poignet s'améliore, mais au bout de quelques jours (le délai n'a pu être précisé rétrospectivement) apparaît à la partie postéro-supérieure de l'avant-bras une tuméfaction du cubitus, sans grande douleur et sans modification de la peau.

Le 13 septembre, soit vingt-trois jours après l'accident, le chirurgien consultant local demande une radiographie pour « fracture méconnue du cubitus ou tumeur osseuse ». Sur la vue de la radiographie il porte le diagnostic d'abcès osseux du cubitus avec nécessité d'intervenir rapidement et le 28 septembre 1925 il opère. Six semaines plus tard, la plaie opératoire n'étant pas encore refermée, et malgré une deuxième radio, tout aussi caractéristique que la première, une deuxième intervention est pratiquée pour « ostéomyélite du cubitus » le 8 décembre 1925. La guérison ne survenant pas, je contre-visite le malade à Paris le 25 février 1926. Il est porteur au tiers supérieur de l'avant-bras gauche et à la face postérieure d'une légère tuméfaction fusiforme et d'une longue plaie opératoire en gouttière qui correspond à l'évidement cubital. Cette plaie est large de quelques millimètres seulement, mais avec des bords atones violacés. L'aspect de ceux-ci, l'allure froide et persistante d'une suppuration filante, réduite et non grumeleuse, la radiographie, éveillent l'attention, ainsi que l'absence de réactions ganglionnaire et générale.

Par ailleurs, il n'y a pas de signes de syphilis. La femme de X... serait bien portante, ainsi que deux enfants (11 et 6 ans) et n'aurait pas eu de fausses couches. Toutefois, une fille est morte à trois ans de maladie bleue. Une séro-réaction est faite, elle est positive. Revu après 5 injections intraveineuses le 13 avril, le malade est amélioré, mais non guéri, et la fistule linéaire persiste encore, quoique réduite. La reprise du travail n'est donc pas encore possible.

De cette observation, il résulte que la méconnaissance des caractères radiographiques des lésions osseuses spécifiques a porté grand tort à ce malade, puisqu'elle lui a valu deux interventions chirurgicales et une impotence fonctionnelle prolongée. Car, blessé le 24 août 1925, il ne put reprendre son service le 13 avril 1926. Il en a résulté pour lui une perte importante de salaire. Dans ce cas, l'invalidité n'a été que temporaire, mais cette ignorance peut exposer l'accidenté à une invalidité permanente, d'où paiement des pensions.

On doit à Gougerot une belle observation d'une gomme de la tête humérale survenue à la suite d'une chute chez un vieux syphilitique. La radiographie était évidente avec sa perte de substance taillée à l'emporte-pièce et apparaissant en clair avec un cercle noir décelant la coque d'ostéite condensante. Le traitement amena la guérison fonctionnelle et la réparation osseuse radiologiquement constatée. Très souvent, un sujet syphilitique présentant une fracture guérit spontanément. Cependant, on a constaté fréquemment des cas où l'infection spécifique retarde les consolidations des fractures, donne des cals exubérants, ou est encore un facteur de pseudarthroses. Dron a été un des premiers à l'étudier.

OBSERVATION XVI.

(R. BARTHELEMY, *Arch. dermato-syphil.*, *Hôpital Saint-Louis*, juillet 1929.)

Le malade avait une fracture du péroné par contusion directe (28 novembre 1928). Le 15 février 1929, le cal était bien formé, mais c'était un cal à la fois sensible, exubérant, hérissé d'épines et gros

comme une noix. A la radiographie, le trait de fracture restait encore visible dans toute son étendue. Quelques lacunes se montraient dans le cal. On soupçonna la syphilis. La séro-réaction donna H₄ au Bordet-Wassermann classique, et H₃ au Hecht, mais le blessé a refusé tout essai de traitement.

Les lésions syphilitiques du squelette, au lieu de se localiser uniquement sur les os, peuvent s'associer à des lésions cutanées.

OBSERVATION XVII (Résumée).

(CL. SIMON, *Soc. dermat. et syph.*, 1921.)

Soldat de 37 ans, évacué en 1918 sur un centre de vénéréologie et dermatologie pour une dermatose circinée siégeant au 1/3 inférieur de l'avant-bras gauche, côté cubital. Il avait été blessé en novembre 1916, par une balle qui avait érodé le cubitus. Les lésions s'étaient développées au niveau de la cicatrice de la blessure en avril 1917. A l'examen, on nota qu'une partie de la lésion était adhérente au cubitus.

Réactions de B.-W. et Hecht fortement positives.

Radiographie des deux avant-bras.

A gauche, diminution de l'espace clair médullaire.

A droite, l'espace médullaire présente un aspect granuleux dû à l'envahissement partiel par ostéite condensante disséminée dans tout le corps de l'os.

Des deux côtés : épaissement du périoste, contours irréguliers avec plaques osseuses éburnées par place.

Le diagnostic de syphilides tertiaires consécutives à un traumatisme ayant atteint les os atteints de lésions spécifiques fut fait immédiatement. Le traitement spécifique fit rapidement disparaître les lésions cutanées.

b) *Articulations.*

Même en dehors des traumatismes, la syphilis articulaire est très mal connue. Un B.-W. positif dans le liquide articu-

laire n'est pas une preuve de la nature spécifique de la lésion. Ne voit-on pas, par exemple, le B.-W. être positif dans le liquide d'épanchement au cours d'une pleurésie notoirement tuberculeuse survenue chez un vieux syphilitique. Il ne vient cependant à l'idée d'aucun médecin d'incriminer la spécificité comme facteur étiologique de la pleurésie. Nous ne voulons pas nier l'existence de la syphilis articulaire, mais nous avons tenu à montrer qu'il fallait à ce sujet se tenir sur une réserve prudente.

A. Broca a donné la relation de quelques cas d'arthrite, avec hydarthrose notamment, dont le liquide avait une réaction de B.-W. positive. (A. Broca, *Aspects cliniques de la syphilis articulaire d'origine traumatique probable*. (*Presse médicale*, 88, 1921.)

Nous accorderons plus de crédit à l'observation suivante, plus récente.

OBSERVATION XVIII (Résumée.)

(GOUGEROT, Kuss. Thiroloix, *Arch. dermat.-syph. Hôpital Saint-Louis*, mars 1929.)

L..., âgé de 24 ans, mécanicien, fait, à la fin de 1918, une chute sur le genou. Trois à quatre mois après le traumatisme, une hydarthrose volumineuse s'étant développée, un médecin incise la tuméfaction, croyant à un abcès. L'écoulement purulent persiste. A la fin de 1919, on ouvre l'articulation et gratte les os. La plaie se cicatrise, mais quinze jours plus tard une fistule reparaît dans la cicatrice, qui s'ouvre et se ferme périodiquement jusqu'en 1928. Le tibia et le fémur restent épaissis et douloureux à la face interne du genou. En 1928, il vient consulter pour des lésions cutanées développées au niveau de la cicatrice; on porte le diagnostic de syphilis cutanée tertiaire, ulcéreuse, serpigneuse. Les os, au-dessous, sont épaissis, surtout le plateau tibial, par une périostite diffuse et douloureuse. Le Bordet-Wassermann est positif dans le sang. Le traitement spécifique amena la guérison des lésions.

4° SYPHILIS VISCÉRALE ET TRAUMATIQUE.

Les complications viscérales posttraumatiques sont très mal connues. Elles sont diversement admises par les médecins experts ou non et par les juges.

.. *Appareil génital de l'homme.*

Les lésions les mieux établies sont localisées sur le testicule. On possède de nombreuses observations de fungus du testicule ou d'orchite syphilitique consécutifs à un traumatisme. Le cas le plus classique est celui que rapporte A. Fournier : « Un malade jouant avec ses enfants reçut un coup de pied sur les bourses et eut à la suite une gomme de chaque testicule. » Goubeau et Gougerot ont observé des faits analogues.

OBSERVATION XIX.

(O. LENOIR, *in* BARTHÉLEMY, *loc. cit.*).

Un électricien du P.-O. se présente à ma consultation avec une hydrocèle vaginale assez tendue pour empêcher la palpation du testicule. Il déclare avoir été blessé par un choc sur les bourses quatre jours avant. Je ne trouve ni ecchymose, ni éraflure, ni quelque trace que ce soit de la contusion signalée. On opère l'hydrocèle par la cure radicale. Quinze jours après, il présente une fistule scrotale à laquelle adhère le testicule. Au bout de peu de temps, s'épanouit un fungus du testicule et, en même temps, apparaît l'iritis. Le traitement spécifique fait disparaître l'iritis en treize jours et amène la cicatrisation scrotale complète en un mois.

Appareil circulatoire.

Depuis longtemps, on a reconnu que la syphilis avait une affinité particulière pour l'appareil circulatoire. L'origine syphilitique des anévrismes artériels est actuellement démontrée. On sait le rôle que joue le tréponème dans l'étiologie d'un grand nombre d'aortites, surtout chez les jeunes. Il n'est donc point surprenant que les traumatismes soient susceptibles de

réveiller des colonies de tréponèmes siégeant dans la paroi des vaisseaux. Nous étudierons particulièrement leur rôle dans les aortites.

C'est ainsi que l'aortite a été observée par Gougerot chez un blessé de guerre qui avait été enseveli et avait reçu des contusions thoraciques importantes. Le traitement spécifique fit rétrocéder la lésion. On l'a constatée à la suite de coups reçus au cours de rixes, de traumatismes chirurgicaux (Ch. Fiessurger). Mais on trouve des lésions d'aortite chez des syphilitiques n'ayant subi aucun traumatisme externe violent. N'y aurait-il pas lieu d'incriminer dans la production de cette lésion chez ces malades, le traumatisme répété, provoqué par l'ondée sanguine lancée par chaque systole ventriculaire? L'anévrisme de la crosse de l'aorte ne ressortirait-il pas du même facteur causal? On l'a observé, cependant, à la suite de contusions thoraciques au cours du travail (Merklen et Pouliot) ou de blessures de guerre, explosion de torpilles (Ramond et Postina).

Appareil pulmonaire.

L'observation suivante nous montre des lésions concomitantes des côtes et des poumons.

OBSERVATION XX (Résumée).

(GOUGEROT et CLARA, *Journal médical français*, déc. 1918.)

Un blessé français avait eu des fractures de côtes par coups de crosse et avait été fait prisonnier. Au siège des fractures se produisirent des lésions diagnostiquées abcès froids tuberculeux par les médecins allemands. Puis survinrent des signes pulmonaires avec hémoptysies, cachexie. Rapatrié comme grand blessé, cet homme fut reconnu porteur des lésions suivantes :

Fractures des 5^e, 6^e, 7^e côtes avec ostéite probable des extrémités fracturées;

Aux deux bases pulmonaires : submatité, affaiblissement des vibrations vocales, respiration faible lointaine, bronchophonie.

A la radio, on trouva dans tout le poumon droit, des ombres mouchetées, traduisant des lésions en évolution du parenchyme pulmonaire. Le poumon gauche semblait normal. De plus, le malade avait de petites hémoptysies et présentait une ostéite frontale douloureuse.

Le B.-W. était douteux. Pour les auteurs, la syphilis avait une place prépondérante dans les lésions pulmonaires, puisque le traitement spécifique amena la guérison fonctionnelle en un mois.

Syphilis nerveuse post-traumatique.

Les faits démonstratifs que l'on possède ont trait à des ostéoarthrites tabétiques. Dans les cas de lésions cérébrales et, en particulier, pour les lésions vasculaires, il est impossible de se montrer affirmatif. Sans doute la syphilis peut être reconnue, mais l'influence du traumatisme ne peut être prouvée en général. Il y a cependant des exceptions où le rôle du traumatisme paraît probable.

OBSERVATION XXII.

GAUDIER et MINET, *Le Médecin français*, 1924.)

Il s'agit d'un blessé de guerre atteint de syphilis cérébrale : sept ans et demi après une blessure crânienne, il eut des crises d'épilepsie jacksonienne et une hémiparésie. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien étant négative, on décida d'opérer. On trouva une écorce cérébrale intacte. Une séro-réaction pratiquée alors fut positive, comme réactivée par l'opération. La disparition des troubles fut obtenue en quelques jours par des injections de sulfarsénol.

1° TABÈS.

L'expert appelé à se prononcer sur l'influence que peut avoir un traumatisme sur le tabes doit se tenir sur une réserve prudente. Crouzon (IX^e Congrès de médecine légale, 1924) discuta avec rigueur un rapport de MM. Lande et Verger. A la suite de quoi l'accord se fit pour dire qu'on ne possédait pas d'observa-

tion démontrés de tabes post-traumatique pur. Au moins ici doit-on admettre que le traumatisme est capable d'aggraver un tabes en provoquant soit une fracture, une arthropathie, soit une ataxie à la suite de l'immobilisation qu'il aura nécessitée.

OBSERVATION XXIII (Résumée).

(M. PATEL, Soc. chirurg., Lyon, 4 mars 1926.)

Le malade n'était porteur d'aucune affection articulaire et ne balit avoir présenté encore aucun signe de tabes. Un traumatisme du coup-de-pied détermina une fracture bi-malléolaire. Deux mois après l'accident apparut un œdème qui ne cessa d'augmenter, sans toutefois entraîner une grande gêne de la marche. La radiographie montra des hypérostoses irrégulières et volumineuses. Le malade avait tous les signes d'un tabes confirmé.

2° PARALYSIE GÉNÉRALE.

Elle s'observe parfois à la suite d'un traumatisme chez des syphilitiques. Crouzon, dans les *Annales de médecine* (1925) en a discuté avec précision les conditions vraisemblables. Il faut :

- Tout d'abord que le traumatisme ait été nettement établi et qu'il ait une certaine intensité;
- Qu'il n'y ait eu aucun signe, même minime, de paralysie générale, antérieur au traumatisme;
- Que la paralysie générale soit précoce et ait un développement rapide.

Ciriminna, Urrechia et Goldenberg prétendent avoir vu des cas typiques. Ces deux derniers auteurs ont rapporté (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1^{er} juin 1928) l'histoire d'un homme qui contracta la syphilis en 1922. En 1923, il fit une chute accidentelle sur un morceau de bois et présenta une contusion de la région frontale externe gauche. En 1926, un syndrome typique de paralysie générale s'est manifesté.

5° SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET TRAUMATISME.

Aussi bien que la syphilis acquise la syphilis héréditaire est

susceptible d'être réveillée par un traumatisme. Les lésions qu'elle provoque sont en tous points superposables à celles que nous avons vues dans la syphilis tertiaire. Gougerot et Clara font jouer un rôle à l'intensité et à la fréquence du traumatisme: soit un traumatisme léger répété, soit un traumatisme violent, unique.

J. Garrido-Lestache (*Pediatrica espanola*, février 1921) rapporte le cas d'un jeune enfant hérédo-syphilitique qui présentait des lésions multiples du cuir chevelu semblables à des « abcès » et survenues à la suite d'une blessure de la région occipitale. Le Bordet-Wassermann était positif. Le traitement spécifique amena une guérison rapide.

Audrain (*La syphilis obscure*, 1902, p. 407) signale qu'un enfant de 12 ans se plaignait pendant une semaine de douleurs à la cuisse droite, dans la station et dans la marche. Le fémur était augmenté de volume à son tiers moyen, sans fièvre ni réaction générale. En se retournant dans son lit, l'enfant fit une fracture spontanée du fémur, dont la guérison rapide fut obtenue par le mercure. On ne relevait aucun signe ni personnel, ni familial de syphilis.

M. Coutela (XI^e Congrès de médecine légale, mai 1926), présente l'observation d'un enfant de 12 ans qui fait une chute. Elle provoque une plaie superficielle de la région prérotulienne. Quelques jours plus tard, on constate une hydarthrose du genou, qui persiste longtemps et fait penser à la tuberculose. Mais, trois mois après le début des accidents, l'enfant présente une kératite interstitielle typique. La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang. Un traitement spécifique fait rapidement rétrocéder les lésions.

J.-H. Tumpeer (*The Journal of American medical Association*, Chicago, 1922) raconte l'histoire de deux enfants: demi-frère et demi-sœur, ayant des antécédents héréditaires de syphilis, qui, à la suite, l'un d'une chute sur du ciment, l'autre d'un coup sur le crâne, auraient présenté: la fille, un état morbide caractérisé par des crises épileptiformes; le garçon, une amaurose presque totale.

J.-M. Tumpeer conclut : « Le traumatisme peut favoriser la localisation de lésions syphilitiques chez un individu dont l'infection est latente, acquise ou héréditaire, probablement par la formation d'un lieu de moindre résistance. »

IV. — Syphilis postérieure au traumatisme.

Dans ce chapitre, nous allons étudier la localisation de la syphilis au niveau de lésions causées par un traumatisme antérieur à l'infection. Ces lésions peuvent être osseuses ou viscérales.

Il semble que dans ces cas le tréponème s'est localisé avec une affinité particulière sur les cicatrices ou les cals de fracture.

OBSERVATION XXI.

(DRON, *in* BARTHÉLEMY, *loc. cit.*)

Jeune homme de 26 ans dont le radius avait été fracturé par une balle en 1870. En 1874, il contracte la syphilis. Peu après, sans traumatisme nouveau, sans cause extérieure appréciable, le cal devient douloureux, se tuméfie, se ramollit si bien que le malade ne peut soutenir son avant-bras. Sous l'influence du traitement spécifique, la soudure osseuse reprend sa consistance normale au bout d'un mois.

Benicy a observé un sujet blessé en 1870 par une balle qui lui avait fracturé le cutritus. En 1871, il contracta la syphilis et, en 1875, il fit une périostite gommeuse avec récédive et large ulcération.

Pasini a vu une ostéo-périostite sur le cal tibio-péronnier d'une fracture survenue trois ans avant l'infection syphilitique. En 1928, Marchand et Courtay (Soc. méd. des hôpitaux de Paris) ont relaté l'histoire d'une jeune fille qui s'était tiré un coup de revolver dans le crâne. Trépanée, elle guérit, puis contracta la syphilis, et, trois ans plus tard, devint la proie d'une paralysie générale à marche rapide.

La relation de cause à effet est peut-être possible, mais elle n'est pas évidente. On peut voir en effet, des paralysies générales survénant de façon précoce sans aucun traumatisme.

PATHOGENIE

I. — Syphilis primaire et traumatisme.

Le mode de production d'un chancre syphilitique à la suite d'un traumatisme ne diffère en rien de celui qui est la conséquence d'une contamination banale. Il s'agit d'un apport de tréponèmes; peu importe si le spirochète est amené directement ou à l'aide d'un véhicule intermédiaire.

II. — Syphilis secondaire.

La période secondaire de la syphilis est une véritable septicémie. Si des facteurs mécaniques extérieurs quels qu'ils soient viennent porter obstacle à la circulation capillaire, les spirochètes charriés par le sang vont s'arrêter au point où celle-ci est gênée ou interrompue (Milian). Ainsi se trouverait expliqué pourquoi, dans l'observation de Milian et Périn (obs. IV), l'éruption de syphilides papuleuses était particulièrement marquée au point d'application des ventouses. Ces dernières avaient, à ce niveau, produit une stase prolongée avec ralentissement considérable de la circulation, ainsi que l'éclatement de nombreux capillaires.

III. — Syphilis latente et syphilis tertiaire.

Comment peut-on expliquer l'influence d'un traumatisme pour réveiller *in situ* l'infection syphilitique et produire des lésions ayant tous les caractères de la syphilis tertiaire?

On sait que les travaux de Schneider ont mis en évidence

des tréponèmes doués de leurs propriétés morphologiques, dans des résidus inflammatoires découverts par Neumann et Unna au niveau d'anciennes lésions primaires et secondaires cicatrisées. D'autres auteurs : Pasini, Arning, Klein, Hoffmann, Eischl ont constaté les mêmes faits. Vörner et Hoffmann ont trouvé des tréponèmes dans le liquide extrait par ponction des ganglions pendant la période de latence de l'infection syphilitique.

On peut penser que les foyers de tréponèmes qui ont été essaimés au cours de la période septicémique peuvent siéger en un point quelconque de l'organisme : téguments, os, viscères, système nerveux et méninges. N'est-ce pas d'ailleurs à ce réveil des colonies de tréponèmes demeurées latentes que sont dues les manifestations de la syphilis tertiaire sans que le traumatisme ait une part quelconque dans leur éclosion? Un traumatisme intervenant sur une région où siègent ces foyers de spirochètes latents, ceux-ci pourront se trouver « réveillés », « réactivés » et seront susceptibles de déterminer des lésions du type tertiaire. Il est possible aussi qu'il faille faire une part à de véritables décharges microbiennes, suivies peut-être d'une sorte de septicémie nouvelle, à la suite d'un traumatisme ayant lésé les vaisseaux. Cette hypothèse est d'autant plus admissible qu'il semble bien démontré actuellement qu'une ponction lombaire est capable, en perforant les méninges ou des vaisseaux, de libérer des colonies de tréponèmes latentes. Or la ponction lombaire constitue elle aussi un traumatisme. Le risque d'une nouvelle septicémie produite par la ponction lombaire est tellement admis par certains auteurs, que ceux-ci recommandent de faire subir un traitement au malade après l'intervention.

Il nous paraît intéressant de signaler l'influence du bacille de Ducrey sur le réveil de colonies troponèmes latentes. Pour Milian, il s'agit d'association chancello-syphilitique donnant un chancre d'aspect particulier : chancre mixte secundo-tertiaire (Milian, *Bull. Soc. dermat.*, 1920).

En ce qui concerne les lésions syphilitiques osseuses post-

traumatiques, les recherches expérimentales de Misser, Barman, Brück, Halberstädler, Schereschewsky, faites sur des singes, ont montré que les tissus les plus favorables à la conservation des tréponèmes sont les organes hématopoïétiques, et surtout la moelle osseuse.

Il est incontestable, en outre, qu'avec Pasini, il faille faire intervenir également une question d'immunité tissulaire.

D'après les travaux de Widal, Gougerot et Bouveyron, nous savons qu'à la période tertiaire de la syphilis, l'état d'immunité est très faible en comparaison avec l'état de sensibilisation de l'organisme. Une diminution de l'immunité générale, favoriserait la mise en liberté des tréponèmes localisés dans un foyer. Ceux-ci, charriés par le sang, s'arrêteraient aux endroits traumatisés à la faveur d'une diminution momentanée de l'immunité locale.

DIAGNOSTIC

I. — Diagnostic positif.

a) LÉSIONS PRIMAIRES. — Le diagnostic d'un chancre post-traumatique ne diffère en rien du diagnostic d'un chancre consécutif à une contamination ordinaire. Cependant le siège inusité du chancre pourrait, à la rigueur, faire hésiter le praticien non prévenu. Celui-ci ne devra pas, sous le prétexte que la lésion est consécutive à un accident du travail, éliminer « *ipso facto* » l'hypothèse de chancre syphilitique si les caractères cliniques permettent de le penser.

C'est dans ces cas particulièrement qu'il devra avoir recours aux examens de laboratoire : recherche des tréponèmes et séro-réactions pour confirmer son diagnostic.

b) LÉSIONS SECONDAIRES. — Les lésions tégumentaires se trouvent exagérées par le traumatisme. De tels faits ne constituent au demeurant que des curiosités et n'offrent pas de difficultés de diagnostic. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une ostéo-périostite secondaire, où le contrôle radiographique pourra être d'un grand secours.

c) LÉSIONS TERTIAIRES. — Pour affirmer une syphilis tertiaire il faut se baser sur les constatations cliniques directes, évolution, forme, aspect des lésions; la recherche des ganglions inguinaux, sus-épitrochléens, sous-occipitaux. Il faudra tenir compte des antécédents familiaux et héréditaires du sujet.

La séro-réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et au besoin dans le liquide céphalo-rachidien, surtout après réactivation, apporteront parfois la preuve de la spécificité du sujet,

en se rappelant qu'elle est très souvent négative dans les cas de syphilis tertiaire.

Le traitement d'épreuve lèvera les derniers doutes.

Enfin, pour les lésions osseuses, nous aurons recours à la radiographie, qui donne des images que l'on doit connaître parfaitement.

Gomme osseuse. — On voit deux éléments :

1° Une tache claire centrale correspondant à la raréfaction;

2° Un cadre sombre périphérique d'ostéite condensante.

Ostéo-périostite. — On constate une sorte de soufflure de l'os avec un centre clair et un fin liseré d'une ou plusieurs bandes parallèles noires, traduisant le feuilleté régulier de la coque périostique.

II. — Diagnostic différentiel.

Nous envisagerons le diagnostic différentiel des :

A. — LÉSIONS CUTANÉES PAR ORDRE DE FRÉQUENCE

1° *La tuberculose cutanée.* — Elle donne :

soit des ulcérations froides à bords mous, violacés ou livides, atones, décollés, anfractueux;

soit des fistules et des clapiers laissant sourdre un pus grumeleux, non louable avec des parties séro-visqueuses;

soit des végétations ou des verrucosités avec réactions ganglionnaires fréquentes.

Cependant ces caractères cliniques ne suffiront souvent pas pour affirmer la tuberculose, que seule l'inoculation au cobaye permettra de démontrer à coup sûr.

2° *Les sporotrichoses.* — Elles présentent des lésions disparates avec tendance à la suppuration chronique. Une même ulcération peut avoir des contours en partie polycycliques, en partie irréguliers. Il y a une combinaison caractéristique des signes syphiloïdes et tuberculoïdes.

De plus, on trouve dans ces lésions des cicatrices spéciales à brides et à ponts superposés qu'on ne rencontre guère ailleurs, et qui ont, de ce fait, une grande valeur diagnostique. Pour avoir une certitude, il faudra pratiquer un prélèvement sur une lésion suppurée, fermée si possible, et faire un ensemencement sur milieu de Sabouraud, ou un traitement d'épreuve par l'iodure de potassium à doses élevées pourra être institué.

3° *Les dermo-épidermites microbiennes.* — Elles sont entretenues, après un traumatisme, très souvent par l'emploi abusif d'antiseptiques (sublimé, iodoforme, eau oxygénée). Ce sont des pyodermites serpigneuses, à allure demi-froide, à grands cercles d'extension. Elles sont entourées d'une zone rouge squameuse et secrètent beaucoup. Elles sont plus superficielles et plus suppurantes que la syphilis.

Comme bons signes en faveur de ces pyodermites :

les fréquents retroussis épidermiques en collerette;

la grande pustule plate, flasque, ou la squame plus ou moins suintante, avec des cultures de pyogènes vulgaires.

Un traitement par des lavages fréquents par une solution au sulfate de cuivre amènera rapidement la guérison.

4° *Plaies simulées ou entretenues.* — Pendant la guerre, elles étaient fréquentes, à l'heure actuelle, elles sont encore cultivées par certains blessés peu scrupuleux avec une habileté remarquable. En général, elles sont faites par des caustiques : un examen attentif de la plaie montre un segment de bord rectiligne, un angle obtus remplaçant une courbe, un « contour en bastion » (Gougerot). Le médecin expert devra toujours penser à la guérison apparente (Thibierge) qu'obtiennent les médecins marrons à l'aide de quelques piqûres en même temps qu'ils cessent « d'entretenir » la blessure, lorsqu'ils redoutent la perspicacité de l'expert. Le pansement blindé (plâtre et métal), si l'on a le blessé en main, suffit à amener la guérison.

B. — LÉSIONS OSSEUSES ET OSTÉO-ARTICULAIRES

1° *Os.* — Nous avons indiqué dans le diagnostic positif les caractères radiographiques des lésions osseuses post-traumatiques de la syphilis. Ils vont nous permettre de différencier celles-ci :

- a) *Du sarcome.* — Il donne en général une image volumineuse plus transparente où l'on distingue le réseau pâle des trabécules néoformés avec, parfois, des taches floconneuses, ou un aspect en pinceaux ou en gerbes;
- b) *De la tuberculose.* — Elle montre une décalcification intense de l'os et, partant, une transparence presque complète. « Elle donne l'ombre d'une ombre osseuse » (R. Barthélemy);
- c) *De la syphilis osseuse.* — L'image radiographique est en général plus foncée que celle des deux affections précédentes;
- d) Le diagnostic devra, dans quelques cas, être fait avec des séquestres lorsque le traumatisme aura déterminé des fractures ouvertes si souvent compliquées d'ostéomyélite.
- e) En cas de retard de consolidations des fractures, il faut penser toujours au rôle possible de la syphilis et éliminer par la radiographie une interposition tendineuse ou aponévrotique entre les fragments

2° *Articulations.* — La tuberculose ostéo-articulaire, peu admise comme post-traumatique par les chirurgiens, a ses points douloureux ostéitiques, ses fongosités, ses fistules et son adénopathie satellite, d'un type particulier.

C. — SYPHILIS VISCÉRALE.

Sauf en ce qui concerne la syphilis du système nerveux, la lésion réveillée par le traumatisme au niveau des viscères n'est le plus souvent que soupçonnée. Au demeurant, le diagnostic ne diffère pas des lésions de syphilis viscérale évoluant spontanément. La question n'a seulement qu'un intérêt médico-légal.

TRAITEMENT

Le traitement de la syphilis traumatique ne diffère en rien de celui de la syphilis en général. Il présente les mêmes indications et est sujet aux mêmes accidents.

Dans les cas où le sujet est correctement traité, il faut songer à une résistance possible à un médicament : la syphilis traumatique peut être dans certains cas une syphilis arséno-, bismutho-, ou mercuro-résistante. Il faut agir avec discernement et employer surtout le médicament qui paraîtra le plus actif chez le malade. Si le diagnostic de syphilis traumatique est seulement soupçonné, il est indiqué de soumettre le sujet à un traitement d'épreuve prolongé et assez intensif pour se faire une opinion.

On pourra employer : soit le sirop de Gibert, à l'exception des cas où le diagnostic hésiterait entre la syphilis et la sporotrichose, l'iodure de potassium agissant dans les deux cas, soit un traitement par les arséno-benzènes, utilisés par voie intra-veineuse ou sous-cutanée.

Selon les cas et les préférences des médecins, les sels de bismuth ou les arsenicaux pentavalents pourront être substitués aux arséno-benzènes.

CONSIDERATIONS MEDICO-LEGALES

Depuis l'application de la loi de 1898, il y a une tendance exagérée à incriminer la syphilis dans l'évolution des accidents du travail. Cette tendance a paru manifeste à certains auteurs, notamment à M. Thibierge (*Gaz. des hôp.*, n° 5, janvier 1925) qui a mis en garde contre les prétendues lésions de syphilis traumatique et a cherché à réagir contre cet état de chose en démontrant la prudence avec laquelle il fallait agir avant de conclure à une relation de cause à effet entre un traumatisme et une lésion spécifique.

1° SYPHILIS PRIMAIRE.

A l'exception de cas extrêmement rares où la syphilis a les plus grandes chances d'avoir été accidentelle, la contamination n'est pas d'origine professionnelle. On ne saurait considérer comme un accident du travail un chancre spécifique survenant sur une plaie à la suite d'un écrasement par marteau, par exemple, et infectée secondairement. Dans ce cas, il ne nous semble pas que le patron doive être tenu pour responsable de l'infection syphilitique surajoutée. Il ne saurait en être de même lorsque la contamination survient de manière indirecte à l'aide d'instruments (médecins, dentistes, sages-femmes, syphilis des verriers, des nourrices), d'ustensiles de cuisine pour les gens de maison, ou, par suite de morsures au cours d'une rixe. Cependant, il est souvent bien difficile, même dans la plupart des cas, de faire la preuve de la contamination accidentelle.

2° SYPHILIS SECONDAIRE.

L'exagération des lésions secondaires à la suite de traumatismes n'a que peu d'importance au point de vue médico-légal. Toutefois, dans des cas assez exceptionnels, comme celui d'ostéo-périostite rapporté par Pasini (Obs. VI), l'ouvrier immobilisé pourra réclamer dans une certaine mesure le bénéfice de la loi.

3° SYPHILIS LATENTE.

M. Thibierge a fait une étude médico-légale importante de la question, qui fait autorité. Il indique la conduite à tenir par un médecin expert en présence d'un cas où l'on soupçonne une syphilis réveillée par un traumatisme.

Pour se prononcer, le médecin expert doit faire appel à la clinique. Il devra se baser sur les caractères objectifs de la lésion, sur sa marche, sur son évolution. Il devra rechercher les antécédents du malade, tout en sachant que des lésions syphilitiques peuvent se développer chez un sujet n'ayant aucun antécédent spécifique reconnu ou avoué et que les intéressés donnent à l'expert des renseignements dont il devra suspecter la véracité.

En outre, de ce que le sujet a une syphilis antérieure, l'expert ne déclarera pas syphilitiques toutes les lésions ulcéreuses dont le malade est atteint. Il devra rechercher la réaction dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Il lui faudra l'interpréter, c'est-à-dire savoir que, dans près de la moitié des cas de syphilis tertiaire, elle est négative et qu'un séro-diagnostic positif n'implique pas la spécificité de toutes les lésions ulcéreuses du malade. Le résultat du traitement spécifique lèvera ses derniers doutes. Le rôle du médecin expert n'est pas de prescrire lui-même le traitement, mais, suivant les cas, il peut demander qu'il soit fait soit un pansement occlusif, s'il veut suivre l'évolution naturelle de la lésion, soit un pansement occlusif blindé (plâtre et métal) s'il songe à une simula-

tion, soit un traitement interne par les préparations mercuriales ou arsenicales. Pour éviter des difficultés nouvelles, il devra s'abstenir, dans la mesure du possible, de la médication iodurée (iodure de potassium), qui est la médication des mycoses plus encore que de la syphilis. Il devra suivre les effets du traitement, examiner le sujet pendant son cours, à intervalles convenables, et apprécier si les résultats sont bien ceux que l'on a observés dans les lésions spécifiques au point de vue rapidité de la guérison en particulier.

Dans certains cas, la relation de cause à effet ne fait pas de doute, à condition qu'il s'écoule un laps de temps assez court, trois mois au maximum, entre le traumatisme et l'apparition des lésions. Dans les cas douteux, le médecin commis comme expert devra s'inspirer des conseils donnés par M. Thibierge (*Gaz. des hôp.*, n° 5, 1925). Savoir si :

- 1° Le traumatisme est réel, nettement prouvé, ou simplement très vraisemblable. Quelle est sa nature exacte.

Cette question est parfois difficile à résoudre à cause de l'incertitude des dépositions des témoins.

- 2° Le traumatisme est antérieur au début de la lésion.

On peut le vérifier au moyen de constatations médicales figurant au dossier et des déclarations du blessé, mais sous toutes réserves.

- 3° Le traumatisme est postérieur au début de la lésion et s'il l'a modifiée ou aggravée.

La vérification des dates est souvent d'une extrême difficulté par suite du laconisme, de l'imprécision et de l'inexactitude des certificats produits, et aussi par suite du peu de crédit que l'on peut accorder aux déclarations de l'intéressé.

- 4° Le traumatisme a été tel qu'il puisse expliquer le développement de la lésion dont il est rendu responsable.

Nous devons considérer :

- a) L'intensité et la nature du traumatisme : on ne peut admettre qu'une contusion légère puisse être incriminée dans

le développement d'une lésion gommeuse; nous avons vu, dans le courant de notre travail, que les gommes se localisaient de préférence aux endroits où s'exercent habituellement des pressions et des chocs répétés, soit dans l'exercice de la profession, soit dans la vie courante.

Cependant, une gomme peut apparaître à la suite d'un traumatisme violent unique : Gougerot a rapporté l'histoire d'un soldat qui présenta une gomme du genou à la suite d'une blessure par éclat de grenade (Ob. XI).

b) Le laps de temps écoulé entre le traumatisme et l'apparition de la lésion. Il faut qu'il soit de quelques semaines à trois mois au maximum. « Il est évident, dit Thibierge, qu'une large ulcération gommeuse, déjà en voie de bourgeonnement, ne peut être la conséquence d'un traumatisme survenu une quinzaine de jours plus tôt. D'autre part, on ne saurait attribuer à un traumatisme le développement d'une gomme survenue un à deux ans plus tard. » Entre ces cas extrêmes, il existe une série de faits pour lesquels il est difficile d'arriver à des conclusions précises. Dans quel laps de temps doit-on admettre la relation de cause à effet ? Les expériences de Finger et Landsteiner, Queyrat et Pinard, n'ont pas donné de résultats satisfaisants. Sand admet, arbitrairement d'ailleurs, l'influence du traumatisme seulement lorsque les lésions apparaissent dans les trente jours qui le suivent.

Nous sommes en droit de nous demander si les lésions spécifiques peuvent être imputées à un accident du travail lorsque le blessé a contracté la syphilis postérieurement à son accident ?

Dans des cas comme ceux de Watrazewski où des manifestations cérébrales graves parurent dès le début de la syphilis chez des individus ayant présenté des blessures craniennes, cette question présente un grand intérêt. Sand admet que la responsabilité de l'accident doit jouer lorsque les manifestations spécifiques se localisent électivement au point traumatisé et apparaissent dans un délai de six mois à dater de l'apparition du chancre.

A l'heure actuelle, lorsque la syphilis est postérieure au traumatisme, il semble que la tendance des tribunaux, en matière d'accidents du travail, est que, si l'accidenté se trouve dans les délais légaux (trois ans), le traumatisme sera incriminé, même contre toute vraisemblance.

« Si, malgré les données précédentes, l'expert ne peut arriver à formuler une opinion ferme, il devra faire connaître ses hésitations au juge. Si on lui demande plus de précisions, il sera obligé d'apprécier les faits d'après les apparences et les possibilités rationnelles. Il est certain que de pareilles conclusions seront souvent erronées et que des recherches ultérieures sur la syphilis traumatique en pourront montrer l'inanité, mais la justice doit se prononcer avant que la science soit faite, et, si le doute est de mise, il n'y a point d'autre argument à invoquer que celui, si banal et si peu scientifique, de la succession des phénomènes, l'incertitude devra, pour rester dans l'esprit de la loi et de la jurisprudence, profiter à la victime de l'accident. » (Thibierge.)

Klauder a proposé de faire rechercher systématiquement la réaction de Bordet-Wassermann chez tous les ouvriers atteints d'accidents du travail. Si la réaction est positive, il faudrait soumettre les accidentés au traitement spécifique. Klauder a même proposé d'éliminer de l'industrie tous les porteurs de B.-W. positif. On peut faire plusieurs objections à cette méthode : tout d'abord la réaction de B.-W. est négative très souvent dans les périodes de latence de la syphilis. Ensuite cette recherche systématique serait, pour Klauder, inutile dans les traumatismes des membres inférieurs. De plus, Thibierge signale que cette façon de faire aurait l'inconvénient grave d'inciter les médecins à attacher une importance excessive à la syphilis dans les accidents du travail et à porter, d'après le seul résultat de la séro-réaction, le diagnostic de syphilis traumatique, « lequel, dit-il, doit se baser beaucoup plus sur le caractère clinique des lésions que sur les données sérologiques ».

Au point de vue légal, les tribunaux ont tranché la question

à maintes reprises. La Cour de cassation a fixé que, dans l'évaluation des indemnités dues aux ouvriers, on ne tiendrait compte que de l'aptitude au salaire avant et après l'accident. La loi impute donc à l'accident une lésion spécifique survenue sur une lésion traumatique. L'ouvrier atteint d'une lésion de syphilis traumatique, aura droit à son demi-salaire jusqu'à la consolidation de sa blessure. Les frais du traitement anti-syphilitique seront supportés par l'assurance jusqu'à la même date. Ensuite, les frais seront supportés par l'accidenté.

En ce qui concerne le tabes et ses relations avec le traumatisme, l'accord est loin d'être fait. Il semble que, dans la majorité des cas, le doute doive bénéficier à l'accidenté, bien qu'on n'ait aucune observation démontrant qu'un tabes reconnaisse comme cause provocatrice unique le traumatisme.

Cependant, dans une communication des professeurs Lande et Verger (IX^e Congrès de médecine légale, 1924), ces auteurs estiment que « dans un accident survenant chez un tabétique avéré, il n'y a qu'à additionner, pour le calcul, toutes les conséquences directement ou médiatement imputables à l'accident, sans que l'existence du tabes intervienne dans le calcul. Quand il s'agit de la révélation d'un tabes non par un accident banal en lui-même, mais à l'occasion de cet accident ou bien :

- » a) la lésion accidentelle évolue normalement. Le tabes n'entre pas en ligne de compte;
- » b) la lésion accidentelle est influencée par le tabes. On doit prendre pour base du calcul de l'invalidité toutes les conséquences de l'accident, sans essayer de distinguer entre celles qui en découlent normalement et celles qui n'en résultent que par l'intervention du tabes.

» Quand il s'agit du cas où l'accident lui-même, par les seules conditions où il s'est produit, est révélateur du tabes, en ce sens qu'il resterait autrement inexplicable, il faudra évaluer l'invalidité en tenant compte seulement de la lésion accidentelle considérée en elle-même. » (*Tabes et traumatisme*, IX^e Congrès de médecine légale, 1924; communication de MM. les Professeurs Lande et H. Verger, *Annales de médecine légale*, n° 5, mai 1924.)

CONCLUSIONS

I. — Le traumatisme peut servir de porte d'entrée à une syphilis primaire soit en apportant directement les tréponèmes, soit que ceux-ci infectent secondairement une plaie.

II. — Les manifestations secondaires sont plus accentuées sur des régions soumises à un traumatisme, lorsque celui-ci provoque une stase vasculaire prolongée ou l'éclatement des vaisseaux capillaires.

III. — Une syphilis latente peut être réveillée par un traumatisme. Il existe des cas démonstratifs de lésions syphilitiques tertiaires survenant du côté de la peau, du tissu cellulaire ou des os; à la suite de plaies, contusions, traumatismes chirurgicaux. Les traumatismes, pour certains auteurs, seraient capables de provoquer des lésions syphilitiques viscérales, mais les cas publiés jusqu'à ce jour ne sont ni assez nombreux ni assez démonstratifs. Les manifestations de cet ordre demandent à être observées plus longuement.

IV. — Les traumatismes uniques ou répétés semblent agir en réveillant *in situ* des colonies de tréponèmes disséminées dans tout l'organisme au cours de la période septicémique et demeurées latentes. Ce réveil peut être favorisé par un fléchissement de l'immunité locale ou générale.

V. — Au point de vue médico-légal, il faut se montrer très prudent pour établir un lien de causalité entre une syphilis ancienne et des lésions traumatiques. Dans les cas litigieux, l'accidenté doit bénéficier du doute.

VU : Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président.

G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 décembre 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS



BIBLIOGRAPHIE

- AUDRAIN. — La syphilis obscure, 1902, p. 107.
- AOKI. — Dermatologisch Zeitschrift, t. XIX, p. 1813, 1922.
- ALBERTIN. — Syphilis et accidents du travail. *Annales de médecine légale*, Paris, 1879.
- ALLENDE. — Ostéo-myélite gommeuse diffuse. *Semana medica*, 7 juillet 1927.
- BARTHELEMY. — *Archives de dermatologie et syphiligraphie de la clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, juillet 1929.
- BROCA (A.). — Aspects cliniques de la syphilis articulaire d'origine traumatique possible. *P. M.*, 88, 1921.
- BROUARDEL. — Blessures et accidents du travail, Paris, 1906.
- BURNIER (R.). — Chancre syphilitique géant de l'avant-bras consécutif à une brûlure. *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, Paris, 1919, 293.
- BENICY. — Syphilis et traumatisme, in-4°, Paris, 1879.
- BORY. — Syphilis et plaies de guerre. *Annales des maladies vénériennes*, 1916, p. 206.
- CAHEN. — Syphilis und unfall. *Anzt Sachsverst Ztg*, Berlin, 1902.
- CHARPY. — De la fragilité des os chez les syphilitiques. *Ann. dermat. et syph.*, 1885, VI, XV, 571-573.
- CIRIMINA. — Traumatisme et tabès. *Annali di clin. med. Palermo*, 15 décembre 1922.
- COUTELA. — Arthrite syphilitique par traumatisme. XI^e Congrès de médecine légale, 29 mai 1926.

- DELFORGE. — Des rapports de la syphilis avec le traumatisme. *Archives médicales belges*, Bruxelles, 1896.
- ELIET. — Syphilis et traumatisme. Thèse Paris, 1926.
- FOUQUÉ. — *Revue générale clinique et thérapeutique*, Paris, 1921.
- FOURNIER (A.). — Traité de la syphilis, t. II, fasc. 4.
- FOUQUET. — Traumatisme et syphilis. *La consultation*, n° 28, décembre 1928, p. 252.
- FOURREY-PIALAT. — La syphilis est-elle un accident du travail? *La Clinique*, 8 novembre 1907.
- GAUDIER et MINET. — Blessures de guerre et syphilis. *Rev. intern. méd. et chirurg.*, Paris, 1923, p. 152-154.
- GOUBEAU. — Syphilis et traumatisme. Soc. méd. de Paris, octobre 1920.
- GASTOU et FUCHS. — *Bull. Soc. dermat.*, 1924, n° 9.
- GARRIDO-LESTACHE. — Traumatisme et syphilis dans l'enfance. *La pediatria espanola*, 1921, p. 42.
- GIACCARDY et LODEON. — *Bull. Soc. dermat.*, 1926, n° 6, p. 430.
- GOUGEROT. — Syphilis post-traumatique. *Ann. mal. vénér.*, XVIII, 1923.
- Gomme osseuse post-traumatique. *Rev. franç. dermat.*, mai 1926.
- GOUGEROT et CLARA. — *Journal médical français*, t. VIII bis, n° 5.
- GOUGEROT et FILLIOL. — *Bull. Soc. dermat.*, 1928.
- GOUGEROT, KUSS et TIROLOIX. — *Bull. Soc. dermat.*, décembre 1928.
- GOUGEROT et GILSON. — *Rev. franç. dermat. et vénériol.*, 1926, n° 5.
- HALBRON et BARTHELEMY. — Traumatisme, point d'appel et localisation des syphilides. *Ann. mal. vénér.*, juillet 1923.
- JEANNOT (P.). — Opérations chirurgicales chez les syphilitiques, in-4°, Paris, 1885.
- JOULIA, DAVID-CHAUSSEÉ et LE COULANT. — *Gaz. hebd. Sc. méd. Bord.*, 1928.
- JOSE-MAY. — Syphilis ignorée réveillée par de petits traumatismes professionnels. *Ann. Facul. de méd. Montevideo*, 1923.
- JULY (M^{me}). — Thèse Paris, 1925.
- KAHN. — P.-G. et guerre. *Journ. méd. et chirurg. pratique*, mars 1919.

- KLAUDER. — Syphilis et traumatisme. *Journ. of Amer. méd. Associat.*, n° 14, 18 avril 1922.
- KAPOSI et KÜBNER. — *Analys. in Gazette méd. Paris*, 12 juin 1880, p. 309.
- LENOIR (O.). — 1 vol., 214 p.; Paris, 1913, Vigot, 2^e série.
- LACAPÈRE et LAURENT. — *Paris médical*, février 1918, p. 14.
- LENZMANN. — Trauma und syphilis. *Fortschulte de Medizin* 1921, n°s 10-11.
- MARECHAUX. — Syphilis und Unfallverl. *Aertzl Sachverletz Ztg.*, 1896, 2.
- MICHAEL. — Syphilis und Unfallverl. *Dermat. wochen. schr.*, 29 septembre 1928, p. 1366.
- MILIAN. — Syphilis et accidents du travail. *Progrès médical*, 3 octobre 1908.
- MILIAN. — *Bull. Soc. dermat.*, 13 mars 1926.
- MILIAN et LOTTE. — *Ibid.*, 13 mars 1926.
- MILIAN et PERIN. — *Ibid.*, avril 1926.
- NIGKERK (M.). — A case of syphilitic gummas at points of contusions. *Nederl. Tijdschr. V. Geneesk, Haarlem*, 1925.
- NOEL (P.). — Réveil de la syphilis sous l'influence d'un accès pernicieux palustre, etc. *Journ. méd. Bordeaux*, 1920, I, p. 515.
- PASINI (A.). — Syfilide et trauma. *Giorn. ital. de mal. vena.*, Milano, 1921.
- PETGES, LE COULANT et DELAS. — *Soc. méd. et chirurg., Bordeaux*, 1929.
- ROEDERER et WOCHINGER. — Gomme syphilitique incisée. Réunion dermat. Strasbourg, 1928.
- RAILLIET. — Influence de petits traumatismes répétés professionnels sur les localisations de la syphilis. *Bull. Soc. méd. hôpitaux*, XLIII, 1919.
- SIMON (C.). — Note sur la syphilis dite traumatique. *Bull. méd. Paris*, 1921, p. 530-533.
- Essai sur la pathogénie de la syphilis dite traumatique. *Journ. méd. Paris*, 1921-1922, p. 125.
- Questions actuelles de syphiligraphie. Syphilis traumatique des os et des téguments. *Bull. Soc. dermat.*, 1921.

- SIROTA et KHIGÈRE. — Roussky Vestn. Dermat., septembre 1928, p. 677-684. Analyse par Bermann. In *Ann. dermat.*, Paris, janvier 1929, p. 122.
- SPIELBERG (W.). — Post-opérative manifestation of syphilis. *Ann. méd. Burlington Vt.*, 1921.
- STOLPER. — *Zentralbl. f. Chirurg.*, 1902, t. LXV, p. 127.
- TARNOWSKY. — *Wierteljahrschrift de Dermato*, 1877.
- THIBIERGE. — Traumatisme et syphilides cutanées. Etude médico-légale. *Gazette des hôpitaux*, 1925.
- TUMPEER (J.-H.). — The role of trauma in lesions of syphilis, with particular reference to the hereditary type. *Journ. Amer-med. Assoc.*, Chicago, 1922.

